Medical Libr.

Über zwei Fälle
von
primärem Carcinom beider Ovarien.

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der Doctorwürde
in der
Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,
welche
nebst beigefügten Thesen
mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät
der Königl. Universität Greifswald
am
Sonnabend, den 9. April 1898
Mittags 1 Uhr
öffentlich verteidigen wird

Albert Rhein
aus Pasewalk.

Opponenten:

Herr Dr. med. Langheld.
Herr Dr. med. Mebert.

Greifswald.
Buchdruckerei C. Sell (Hans Adler).
1898.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0062

Seinen teuren Eltern
und lieben Geschwistern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Schon seit langer Zeit haben die Tumoren der Eierstöcke das Interesse der Ärzte im allgemeinen und der Gynäkologen im besonderen wegen ihres häufigen Vorkommens auf sich gezogen. Dieses häufige Vorkommen der Ovarialgeschwülste forderte zur näheren Untersuchung derselben und zu einer einheitlichen Einteilung heraus. Während nun Waldeyer sie in desmoide und epitheliale Geschwülste eingeteilt hat d. h. also, die Genese der Tumoren zum Einteilungsprincip nahm, unterscheidet sie Leopold, der sich das grösste Verdienst um die Erforschung der Ovarialtumoren erworben hat und wohl ihr bester Kenner ist, nach ihrem Inhalt, ihrer Consistenz in weiche oder cystische, sogenannte Cystome, und feste oder solide Geschwülste. Zwischen diesen beiden scharf von einander getrennten Gruppen vermitteln einen Übergang jene Tumoren, die sowohl weiche wie feste Gewebsmassen in sich enthalten und daher zu den sogenannten semisoliden Ovarialtumoren gezählt werden.

Bei weitem weniger häufig als das Vorkommen der Cystome ist jenes der soliden Ovarialtumoren,

und gleichwohl erfordern gerade diese wegen ihrer grossen Malignität gegenüber den Cystomen ganz besondere Beachtung. Dass übrigens das Vorkommen solider Eierstocksgeschwülste keineswegs so sehr selten ist, jedenfalls nicht so selten, wie Leopold annehmen zu müssen glaubt, geht deutlich aus der Zahl alljährlich neu veröffentlichter Fälle hervor. Meistenteils handelt es sich dann hier allerdings um die geschwulstige Degeneration nur eines Ovariums, namentlich des rechten, das dann meist cystisch entartet ist.

Die soliden Tumoren kommen, wie die Cystome, einseitig und doppelseitig vor; jedoch erstreckt sich die Entartung der Eierstöcke zu soliden Tumoren häufiger auf beide Seiten. Leopold findet die Erklärung für diesen Befund darin, dass die soliden Geschwülste der Eierstöcke zum grössten Teile Sarcome oder Carcinome sind und häufig mit der gleichen Neubildung anderer Organe im Körper angetroffen würden. Hierbei taucht nun die Frage auf, in welchem Organ war die Geschwulst primär, in welchem sesundär zur Entwickelung gelangt? Das Carcinom nun, dem wir uns hier besonders zuwenden und Beachtung schenken wollen, kann in beiderlei Gestalt sowohl als primäres als auch als secundäres Carcinom der Ovarien auftreten. Wie Olshausen u. A. angeben, ist das Auftreten des primären Carcinoms meistens ein doppelseitiges, jedoch sind hiervon nur wenige unbestrittene Fälle

in der Litteratur bekannt geworden. Auch Leopold hat mehrere derartige Fälle beobachtet, indessen glaube ich, dass einige jener Fälle von primärem Krebs beider Ovarien, die Leopold anführt, doch wohl nicht so ganz einwandsfrei sind, da er sie nur deswegen für primär hält, weil die klinischen Erscheinungen von Seiten der Ovarien zuerst und am stärksten aufgetreten seien und erst später sich die Erkrankungen von Seiten der übrigen Organe bemerkbar gemacht hätten. Es ist aber nun unmöglich, nur aus den klinischen Erscheinungen und dem makroskopischen Befunde die Frage, ob die Eierstocksgeschwulst primär oder sekundär ist, sicher zu entscheiden. Wir sind hier auf die Zuhilfenahme des Mikroskops angewiesen, dieses allein kann uns in vielen Fällen über diese Verhältnisse Aufschluss geben.

Es dürfte daher nicht unwillkommen sein, wenn ich, gestützt auf die makroskopischen und mikroskopischen Untersuchungen, hier zwei Fälle von primärem Carcinom beider Ovarien, die mir von Herrn Professor Grawitz gütigst zur Bearbeitung überlassen sind, veröffentliche und die Statistik über diese seltenen Tumoren so um zwei gut beobachtete Fälle vermehre.

Fall I.

Makroskopischer Befund.

Dem pathologischen Institut hierselbst wurden gegen Ende Januar 1898 aus dem Diakonissenhaus

Bethanien zu Stettin die Leber, Uterus und Ovarien einer Frau übersandt. Die beiden Ovarien und die Leber enthielten mächtige Geschwulstentwickelung. Der Uterus zeigt im allgemeinen einen normalen Befund; er misst 8 cm in der Länge und 6 cm in der Breite. Auf beiden Seiten sind die Tuben lang ausgezogen und an ihrem Ende sitzen auf beiden Seiten, etwa gleichgross, zwei über kindskopfgrosse mit grossen Höckern versehene Geschwülste. Die etwas grössere auf der rechten Seite befindliche Geschwulst, deren Masse nach den verschiedenen Richtungen hin 14 : 18 : 11 cm betragen, ist zum Teil ins ligamentum latum zum Teil in den Douglasschen Raum hineingewuchert. Die Oberfläche zeigt ausser den schon erwähnten grösseren Knollen kleinere Protuberanzen und Höcker; zwei über faustgrosse, derbe Knoten sitzen dem Haupttumor nur durch einen dünnen Stiel verbunden an. Die Consistenz des Ganzen ist derb. An der Oberfläche des Haupttumors erkennt man eine Reihe von grösseren und kleineren Cysten mit klarem, wässerigem Inhalt. Die Wandung dieser Cysten ist verhältnismässig dünn, ihr Inhalt klar und fadenziehend. Derartige Cysten sind an den kleineren Tumoren nicht zu finden. Die linksseitige Geschwulst — ihre Masse betragen 15 : 13 : 9 cm — ist in ganz ähnlicher Weise zerklüftet. Auch hier hängen einzelne Lappen der Geschwulst nur durch verhältnismässig dünne Brücken mit dem Haupt-

tumor zusammen, auch hier finden sich aussen an dem Haupttumor eine Reihe ähnlicher Cysten wie rechts. Im übrigen ist die Consistenz auch dieses Tumors sehr derb.

Die Leber, die 23 : 18 : 8 cm misst, zeigt an der Oberfläche ein etwas höckeriges Aussehen, indem nämlich eine ganze Reihe grauweisser bis hühnereigrosser Geschwulstknoten an der Oberfläche hervorspringen, die central eine leichte Delle — Krebsnabel — erkennen lassen. Auf der Schnittfläche sind diese Knoten in den Randpartieen graudurchscheinend, im Centrum mehr opak und zum Teil erweicht. Bei Druck auf die Knoten tritt eine ganze Reihe von kleinen weisslichen Pfröpfen über die Schnittfläche hervor.

Ganz besonders auffallend ist noch die sehr stark vergrösserte Gallenblase, die den freien Rand der Leber erheblich überragt und prall gefüllt ist. Die Wand ist aussen ziemlich glatt und zeigt nur an wenigen Stellen kleine, knötchenartige Verdickungen. Beim Aufschneiden entleert sich ausser einigen Gallensteinen eine hellgelb aussehende, klare Flüssigkeit, und nun zeigt sich, dass die Innenfläche der Gallenblase an den verschiedensten Teilen mit papillären Wucherungen bedeckt ist. Die lang ausgezogenen Zotten flottieren beim Aufgiessen von Wasser. Es wird ein Schnitt durch die Gallenblase und die Leber gemacht. Die Wandung der Gallenblase ist an den Stellen, wo die

Zotten ansetzen, erheblich dicker wie in den übrigen Partieen. An der Anheftungsstelle der Gallenblase an die Leber ist die Grenze zwischen der Wand der Gallenblase und der Leber nicht überall scharf gezogen; es geht vielmehr die Gallenblase auf eine grosse Strecke hin ganz allmählich in die Substanz der Leber über, die hier ähnlich wie die Wand der Gallenblase von Geschwulstmassen infiltriert ist. Gegen die Mitte der Leber zu nimmt diese Geschwulstinfiltration allmählich ab, indem im gleichen Masse das Lebergewebe als solches in dieser Zone mehr und mehr hervortritt. Auch hier ist die Grenze zwischen Leber und Geschwulstinfiltration nicht scharf gezogen, wie es bei den übrigen kugelrunden Geschwulstknoten der Fall ist.

Es zeigt sich also in dem vorliegenden Falle Geschwulstentwicklung sowohl in der Gallenblase wie in den Ovarien. Rein theoretisch betrachtet könnte man nun zwei Hauptgesichtspunkte hierbei aufstellen; entweder man nimmt an, dass die beiden Geschwülste in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis zu einander stehen oder unabhängig von einander entstanden sind. Im ersten Falle könnte man noch wieder darüber im Zweifel sein, welcher von den Tumoren, ob der in der Gallenblase als primärer und die in den Eierstöcken als secundäre aufzufassen sind, oder ob die Geschwulstentwickelung ihren Ausgang in den Ovarien genommen und zu einer metastatischen Erkrankung in der Gallenblase

geführt hat. Makroskopisch ist diese Frage nicht zu entscheiden. Das verschiedene Aussehen der Geschwülste in den Ovarien und der Gallenblase spricht nicht absolut dagegen, dass nicht doch die eine Geschwulst als Metastase der anderen entstanden ist. In vielen Fällen gelingt es, die Entscheidung durch das Mikroskop zu erbringen auf Grund der Erfahrung, dass die metastatischen Tumoren ähnliche Zusammensetzung, ähnlichen Bau, ähnliche Zellform enthalten wie der primäre Tumor. Wir gehen nun also an die mikroskopische Untersuchung dieser Geschwülste heran mit der bestimmten Aufgabe, zunächst den Charakter dieser Geschwülste im allgemeinen festzustellen, dann aber ganz besonders die Präparate daraufhin zu prüfen, ob die Strukturbilder in beiden d. h. in Ovarien und Gallenblase eine gewisse Ähnlichkeit miteinander haben.

Die Stücke sind in Alkohol gehärtet, werden in Paraffin eingebettet geschnitten und in Hämatoxilin-Eosin oder Alaunkarmin gefärbt.

Gallenblase:

Schnitte, die durch die zottige Geschwulst und deren Grund d. h. also durch die Wand der Gallenblase gelegt werden, zeigen eine exquisit alveoläre Struktur. Die Zotten sind aussen zum Teil noch mit einer gut erhaltenen Lage mehrfach geschichteten Plattenepithels bekleidet, dessen oberfläch-

lichste Schicht deutlich die Tendenz zur Verhornung erkennen lässt. Der Grundstock der Zotten ist von Epithelnestern durchsetzt, und auch in der Wand der Gallenblase sieht man, dass das Oberflächenepithel tief in das unterliegende Gewebe und die Muscularis hineingewuchert ist, auch hier überall solide Krebsnester bildend. Das Stroma ist in den verschiedenen Teilen ziemlich gleichartig von einem offenbar zartem ziemlich feinfaserigem Bindegewebe gebildet. Bei Anwendung stärkerer Vergrösserungen sieht man, dass alle Krebsnester in den verschiedensten Teilen entsprechend dem Oberflächenepithel aus Epithelien gebildet werden, die den Typus der Plattenepithelien an sich tragen. Man findet grosse, flache, zum Teil in Verhornung übergehende Zellen mit grossem, bläschenförmigem Kern, der ein oder mehrere Kernkörperchen in sich trägt und gewöhnlich excentrisch gelegen ist. Unwillkürlich sucht man angesichts dieser Plattenepithelien, die vollständig an die grossen, völlig verhornten Zellen der Hautkrebse erinnern, nach Stellen, wo diese Plattenepithelien, der sonstigen Eigenschaft der von den Oberflächen ausgehenden Krebse folgend, eine Schichtung zu Cancroidperlen erfahren hätten, doch findet sich solche Cancroidperlenbildung an keiner Stelle.

Wir sehen also hier, dass wir einen Plattenepithelkrebs vor uns haben, ausgehend von dem Oberflächenepithel der Gallenblase.

Nun führt ja normaler Weise die Gallenblase ein einschichtiges Cylinderepithel und man könnte daher zweifelhaft sein, ob wirklich das Gallenblasenepithel die Matrix für die Geschwulstbildung abgegeben hat; doch ist hierbei zu bemerken, dass bei Anwesenheit von Gallensteinen nicht gerade selten eine Metaplasie des zarten Cylinderepithels in das widerstandsfähigere geschichtete Plattenepithel vorkommt und besonders dann, wenn im Verlaufe einer länger dauernden Cholelithiasis Krebse der Gallenblasenwand sich entwickeln. Es zeigt sich dann, dass diese Krebse in einem sehr erheblichen Procentsatz der Fälle Plattenepithelkrebse sind, wie Ohloff in seiner Arbeit „Über Epithelmetaplasie und Krebsbildung an der Schleimhaut der Gallenblase und Trachea“ nachgewiesen hat. Es kann also demnach kein Zweifel sein, dass hier eine primäre Krebsbildung in der Gallenblase vorliegt und dass hier nach Metaplasie der Epithelien von dem geschichteten Plattenepithel ausgehend ein Plattenepithelkrebs gebildet ist.

Mikroskopischer Befund der Ovarien.

Ein ganz anderes Bild wie das eben von der Gallenblase beschriebene bieten die Schnitte aus den Ovarien dar. Hier sieht man auf dem ersten Blick, dass ein Tumor gebildet ist, der von drüsigen Teilen ausgeht und die Tendenz hat, wiederum

wirkliche drüsenähnliche oder wenigstens cystische Bildungen hervorzubringen. Die sämtlichen Schnitte der Ovarien sind in gleicher Weise von grösseren oder kleineren Hohlräumen durchsetzt, die in der Mehrzahl der Fälle von einem einschichtigen deutlich ausgeprägten Cylinderepithel begrenzt sind. Das Lumen dieser Hohlräume wechselt ausserordentlich; der Inhalt ist überall von einer fadenziehenden, schleimigen Flüssigkeit gebildet, in der Zellreste und degenerirte Kerne verstreut sind. Das Bindegewebe ist in den verschiedenen Teilen in verschiedener Mächtigkeit entwickelt; bald sind die einzelnen Hohlräume nur durch schmale Septen geschieden, bald ziehen breite Streifen sehr derben Bindegewebes durch das Gesichtsfeld hindurch. Das Bindegewebe ist an den meisten Stellen sehr derb und fest wie eben das fibromuskuläre Gewebe im Ovarium beschaffen ist. Der Kerngehalt in den Schnitten ist im Bindegewebe im allgemeinen nur gering; nur an einigen Stellen sieht man Anhäufungen von kleinen Zellen und hier zeigt sich, dass das Epithel auch nicht so regelmässig angeordnet sondern vielmehr entweder mehrfache Schichten bildet oder aber wirklich solide Nester darstellt und dass es besonders hier nicht so scharf gegen das Bindegewebe hin abgegrenzt ist, sondern vielmehr die konzentrisch um die Epithelräume herumlaufenden Bindegewebslamellen durchbricht. — Bei Anwendung stärkerer Vergrösserungen findet

sich dieses nun durchaus bestätigt. Man sieht auf das Klarste, wie hier an diesen Stellen das Epithel, und zwar vielfach unter Wahrung der Gestalt von Cylinderzellen, das regelmässig angeordnete Bindegewebe durchsetzt und in dasselbe eindringt. Die Epithelien in den höher entwickelten ephithelialen Räumen stellen verhältnissmässig niedrige Cylinderepithelien dar. An den Stellen, wo die absolut regelmässige Anordnung der Zellen gestört ist, ist aber doch immer noch die Form und der Typus dieser Epithelart erhalten. Sehr interessant sind die in den Ovarialschnitten anzutreffenden Venen. Man findet in vielen derselben Anhäufungen von mehr oder weniger gut erhaltenen Geschwulstzellen. In einigen Venen, die prall mit Blut gefüllt sind, liegen inmitten derselben ganze Reihen und Bänder von Cylinderzellen mit schön erhaltenen, ovalen Kernen. Eine sehr schöne spezifische Färbung des von den Epithelien gelieferten Sekretes liefert die von Herrn Dr. Buddée für Gallertkrebse angegebene Färbung zur Darstellung der hier anzutreffenden Gallertmasse. Färbt man die mit Hämatoxilin vorgefärbten Schnitte mit einer Mischung von Bismarckbraun und Eosin nach, so färben sich alle bindegewebigen und protoplasmatischen Substanzen intensiv rot, während der Inhalt der Cysten und das Sekret der Epithelien sich exquisit braun tingirt. Bei Anwendung dieser Färbung nun kann man nachweisen, dass viel von

dem Inhalt der Cysten in die Bindegewebsspalten und die kleineren Lymphgefässe übergeht.

Epikrise:

Aus der Beschreibung der Präparate geht hervor, dass wir es mit einer vom Ovarium ausgehenden Geschwulst zu thun haben, welche in vielen Punkten noch deutlich die Tendenz zur Cystenbildung erkennen lässt, die für Ovarialgeschwülste so ungemein charakteristisch ist. Man kann ferner von diesen Cystenbildungen aus den Übergang zu maligner Neubildung durch die den Adenomen ähnlichen Drüsenschläuche hindurch zu wirklichen Krebsnestern Schritt für Schritt verfolgen. Es kann keine Frage darüber bestehen, dass diese maligne Geschwulstentartung von dem Ovarium selbst ausgegangen ist. Dies verdient besonders hervorgehoben zu werden, man könnte ja sonst einwenden, es habe eine maligne Degeneration eines vorher schon gebildeten, gutartigen Ovarialtumors erst in Folge und im Anschluss an die Krebsentwickelung in der Gallenblase stattgefunden. Man nähme dann in diesem Falle an, dass eine Metastase des Gallenblasenkrebses in dem cystisch entarteten Ovarium zur Ausbildung gekommen und dass erst hierdurch der Charakter der Geschwulst bezüglich der krebsigen Struktur bedingt ist. In diesem Falle müsste man, wie wir schon oben andeuteten, erwarten, dass Krebsbildungen ähnlicher Struktur wie in der Gallenblase

in den Ovarien vorlägen; aus der Beschreibung geht wohl aber zur Genüge hervor, dass hier nur in der That eine maligne Entartung eines cystischen oder drüsigen Tumors durch die Epithelien dieses Tumors selbst gebildet wird, indem nämlich die sonst regelmässig angeordneten Drüsen-Cylinderzellen bei lebhafterer Wucherung die relativ hohe Entwickelungsstufe einer Epithelcyste oder eines Drüsenschlauches nicht mehr hervorbringen, sondern vielmehr solide Epithelzapfen bilden, die auch die Grenzen einer membrana propria nicht mehr innehalten, sondern diese durchbrechen, in das Bindegewebe hineindringen und so infiltrativ weiterwuchern.

Wir haben also hier unzweifelhaft eine primäre Krebsentwickelung in beiden Ovarien vor uns und es liefert dieser Fall ein weiteres Glied in der Beweiskette, dass wirkliche Carcinome primär ihren Ausgang von den Ovarien nehmen können und dass in diesem Falle beide Ovarien gleichmässig erkrankt sind. Complizirt nun ist die Beurteilung dieses Falles durch das gleichzeitige Vorhandensein eines Tumors in der Gallenblase, der aber durch seine Struktur auf das Deutlichste erkennen lässt, dass er unabhängig von dem Ovarialcarcinom entstanden ist und dass wir hier das immerhin seltene Ereignis haben, dass in zwei von einander weit entfernten Organen sich primär ein Carcinom entwickelt hat.

Fall II.

Die 63jährige Frau Kr. war in die hiesige Frauenklinik mit der Diagnose: „Tumor in abdomine“ eingeliefert. Die Diagnose wurde hierorts bestätigt, Patientin jedoch für inoperabel gefunden, und bald nach ihrer Aufnahme trat der exitus letalis ein. Die Sektion wurde von Herrn Dr. Busse am 25. 3. 1898 ausgeführt und lieferte folgenden Befund: Schwächlich gebaute, gracile, stark abgemagerte Frauenleiche. Die Hautfarbe ist grauweiss; Abdomen stark aufgetrieben. Bei Eröffnung des Bauches fliesst klare Flüssigkeit hervor; es lassen sich etwa 4 l derselben herausschöpfen. Peritoneum parietale sowohl wie viscerale ist überall mit grauweissen, durchscheinenden Knoten übersät. Das Netz ist zu einem wulstartigen Strang zusammengedreht und liegt dem Colon fest an. Die ganzen Beckenorgane sind in eine gemeinschaftliche Tumormasse verwandelt. In der Pylorusgegend des Magens fühlt man ein Geschwulstkonglomerat, an dessen Bildung jedoch die vordere Wand des Pylorus nicht beteiligt ist. Die Sektion wird mit Herausnahme der Beckenorgane begonnen. Hier fallen die cystisch entarteten Ovarien zunächst auf. Das Peritoneum des Beckens ist überall erheblich verdickt. Beim Ablösen der Blase zerplatzt die eine Cyste des linken Ovariums und die Flüssigkeit springt unter starkem Druck hervor. Nach Heraus-

nahme der Beckenorgane wird zunächst die Harnblase herausgeschnitten; sie zeigt sich ohne jede Veränderung. Die Wand der Scheide ist glatt, Portio verstrichen, äusserer Muttermund sehr eng, Cervicalkanal, etwa 2 cm lang, spindelförmig gestaltet, innerer Muttermund so eng, dass er nur mit Mühe für die Spitze der Scheere durchgängig ist; alsdann aber kommt man in eine über gänseeigrosse Höhle, die mit opaken, graugelblichen Massen gefüllt und von Uterusschleimhaut ausgekleidet ist. Das Rectum verläuft hinter den das Becken ausfüllenden Geschwulstmassen; die Schleimhaut enthält einige Blutungen, ist sonst aber intakt. Die Tube lässt sich auf der linken Seite bis in die Gegend des Fundus des erweiterten Uterus herauspräparieren und es zeigt sich nun, dass die cystischen Geschwulstmassen an beiden Seiten des Beckens aus den Ovarien hervorgegangen sind. Auf dem Durchschnitt erweist sich die linke Geschwulst als ein System kleinerer und grösserer, mit einer klaren Flüssigkeit angefüllter Cysten. An einzelnen Stellen ist aber die Wandung verdickt und zeigt ein markiges Aussehen. Die rechte Geschwulst ist etwas kleiner, enthält wenige Cysten und ist mehr solid. Sie fühlt sich derb an und hat auf dem Durchschnitt ein markiges Aussehen. Magen, Darm, Pankreas und Leber werden nunmehr zusammen herausgenommen und alsdann der Magen von der Cardia aus eröffnet Es zeigt sich

nun, dass dicht oberhalb des Pylorus die hintere Wand durch einen kugeligen, etwa 4 cm im Durchmesser haltenden Tumor vorgewölbt ist. Die Schleimhaut ist darüber erhalten, zum Teil verschieblich, jedenfalls unverletzt. Auch sonst finden sich weder an der Magenschleimhaut noch im Duodenum irgend welche Ulcerationen. Der kugelige Geschwulstknoten lässt sich vom Pankreas abpräparieren. Das ganze Pankreas ist frei von Geschwulstmasse. Auch die Gallenblase hat normale Wandung. In der kleinen atrophischen Leber finden sich vereinzelte Geschwulstknoten. Nieren und Milz sind klein und atrophisch; ebenso auch das Herz. Im Unterlappen der rechten Lunge finden sich einige bronchopneumonische Herde.

Die Sektion ergiebt also eine carcinomatöse Peritonitis; ferner Carcinomknoten unzweifelhaft metastatischer Art in der Leber und endlich Geschwulstentwickelung in den beiden Ovarien und in der Magenwand. Auch von diesem letzten Knoten kann es für denjenigen, der des öfteren primäre Magenkrebse seziert und untersucht hat, nicht einen Augenblick zweifelhaft sein, dass er sekundärer Natur ist. Die primären Magenkrebse sind Schleimhautkrebse, gehen also von der Schleimhaut aus, infiltrieren im grösseren oder kleineren Umfang die Schleimhaut und dann auch die andern Schichten der Magenwand, wobei dann meistens sehr bald die krebsig entartete Schleimhaut hier und da zu

Grnnde geht und geschwürig zerfällt. In unserem Falle aber haben wir es mit einem ganz circumscripten, kugelrunden Tumor zu thun, der sowohl gegen das Innere des Magens wie auch gegen die Bauchhöhle vorgewuchert ist, der aber an keiner Stelle die Schleimhaut infiltriert oder durchbrochen hat. Neben andern spricht vor allen Dingen der Umstand, dass die Schleimhaut über dem Tumor verschieblich ist, absolut dagegen, dass derselbe von dieser seinen Ausgang genommen hat. Da auch die übrigen Teile der Leiche, in denen Krebse des öfteren primär vorkommen, besonders also die Haut und die Mamma einer genauen Untersuchung unterzogen und frei von Geschwulstentwickelung gefunden worden sind, so kann kein Zweifel darüber bestehen, dass die Ovarien als Primärsitz und Ausgang für die allgemeine Carcinose des Bauchfelles und der Leber anzusehen sind.

Die mikroskopische Untersuchung der markig aussehenden Teile des Ovariums bestätigt zunächst, dass hier wirklich Krebswucherung vorliegt. Man findet eine exquisit alveoläre Struktur und zwar sehr grosse Alveolen, die im Zentrum verfettet sind und im gehärteten Präparate keine Kernfärbung mehr ergeben, die aber in den Randpartieen noch deutlich schön ausgebildete Zellen vom Typus der Cylinderepithelien erkennen lassen. Dort, wo die Alveolen noch im Beginn des Wachstums sind, zeigen die Zellen vielfach ausgesprochene

Cylinderform und eine Anordnung zu kleineren Drüsengängen. In diesen Krebsnestern liegen vielfach, aber immer vereinzelt, grosse Zellen mit aussergewöhnlich grossem Kern, sie sind von den übrigen Krebszellen ganz auffallend verschieden und erinnern am meisten an Primordialeier. Man hat auch vielfach den Eindruck, als ob die Cylinderepithelien diese grossen, kugeligen Zellen radiär umlagern und einschliessen, wie die Epithelien in den Primordialfollikeln die Ovula. Das Bindegewebe ist in verschiedener Weise entwickelt, scheint aber in der Hauptsache aus sehr derben Faserzügen gebildet zu sein.

In der Litteratur über die Erkrankungen der Ovarien finden wir nur wenige Fälle doppelseitigen Ovarialkrebses beschrieben, von denen wir annehmen dürfen, das der Tumor des Ovariums primär entstanden ist. Von den vier Fällen, die Leopold selbst beobachtet und näher beschrieben hat, sind nur sicher drei als primär anzusehen, da in den andern Organen keine Neubildung derselben Art beobachtet wurde; in dem vierten Falle hingegen war die Erkrankung der Ovarien verbunden mit einer carcinomatösen Degeneration in der linken Niere und dem Colon descendens. Leider ist ein mikroskopischer Befund hierüber von Leopold nicht angegeben, so das wir bezüglich des primären oder sekundären Wachstums dieses Tumors in dem angeführten Falle in Zweifel sein müssen. Von

den sechs Fällen doppelseitigen Ovarialcarcinoms, die von andern Autoren beobachtet wurden und die Leopold anführt, fehlen nähere Angaben über ihr primäres oder sekundäres Wachstum ebenfalls leider gänzlich. Zwei von diesen Fällen verliefen ohne Complikationen seitens der andern Organe, während sich in den übrigen vier Fällen in anderen Organen, ebenfalls Krebswucherungen vorfanden. Nur in dem von Scanzoni beobachteten und beschriebenen Falle, in welchem sich neben dem Ovarialcarcinom ein Medularcarcinom der Pleura und der Rippen fand, wird eigens hervorgehoben, dass der Ovarialtumor primär gewesen sei. Somit also müssten wir vier Fälle von denen, die Leopold anführt, als zweifelhaft bezüglich ihres primären Entstehens bezeichnen. In neuerer Zeit hat dann Robischon über einen Fall carcinomatöser Entartung beider Ovarien berichtet. Verbunden war in diesem Falle die Erkrankung der Ovarien mit einer offenbar krebsigen Erkrankung des Magens, wie aus den klinischen Symptonen festgestellt werden konnte. Die sehr sorgfältige mikroskopische Untersuchung hat ergeben, dass das Carcinom der Ovarien primären Ursprungs ist, ebenso wie in einem andern gleichfalls von Robischon mitgeteiltem Falle, wo aber nur das rechte Ovarium erkrankt war und sich ebenfalls die Complikation von Seiten des Magens vorfand. Desgleichen finden sich noch im patholog. Institut zu Greifswald drei Präparate carcinomatöser

Ovarialtumoren, von denen feststeht, dass trotz der auch in anderen Organen vorhandenen Krebswucherungen sie doch primären Ursprungs sind.

Wie aus der Abhandlung hervorgeht, existieren in der Litteratur nur wenige gut beobachtete Fälle, aus denen hervorgeht, dass Carcinom primär in beiden Ovarien nur selten und völlig unabhängig von gleichzeitigen krebsigen Wucherungen in anderen Organen vorkommt. Es verlohnt sich daher wohl der Mühe, die vorkommenden, einschlägigen Fälle nach dieser Richtung hin genau zu untersuchen und den Befund mitzuteilen. Die hier mitgeteilten Fälle sind zur Publikation ganz besonders geeignet, weil sich einmal die primäre krebsige Entartung des Ovariums überhaupt in unanfechtbarer Weise darthun lässt und weil ausserdem im ersten Falle durch eine besonders glückliche Combination der in Betracht kommenden Faktoren der Beweis geführt werden kann, dass in zwei Organen primär Krebs zur Entwicklung gekommen ist. Findet sich z. B. ein Ovarialkrebs neben einem Magenkrebs, so kann es manchmal unmöglich sein nachzuweisen, ob die Geschwülste in beiden Organen unabhängig von einander entstanden sind, weil in beiden derselbe Zelltypus die Matrix für die Geschwulstwucherung abgegeben hat. In unserem Falle aber findet sich in der Gallenblase ein Plattenepithelkrebs, in den Ovarien dagegen geht die Geschwulst von Cylinderepithelien, die die Tendenz zur Cystenbildung haben,

aus. Nur verhältnissmässig selten wird man in der Lage sein, bei der Beurteilung so schwieriger anatomischer Verhältnisse zu solcher Klarheit zu gelangen, wie das hier infolge der gänzlichen Verschiedenheit in der Struktur der Tumoren gelungen ist.

Am Schlusse meiner Arbeit sei es mir gestattet, Herrn Prof. Dr. Grawitz für die Überweisung der Fälle, sowie Herrn Docenten Dr. Busse und Dr. Friedrichs für ihre hülfreiche Unterstützung bei Anfertigung der Präparate und der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Leopold, Die soliden Eierstocksgeschwülste. Archiv für Gynäkologie, Band VI.

Winkel, Lehrbuch der Frauenkrankheiten.

Olshausen, Die Krankheiten der Ovarien.

Brandt, Die festen Tumoren des Ovariums. Inaug.-Dissert. Greifswald 1893.

Robischon, Über Ovarialcarcinom nebst Mitteilung zweier Fälle von solchen. Inaug.-Dissert. Greifswald 1895.

Ohloff, Über Epithelmetaplasie und Krebsbildung an der Schleimhaut der Gallenblase und Trachea. Inaug.-Dissert. Greifswald 1893.

Lebenslauf.

Albert Wilhelm Gottlieb Rhein, evang. Confession, wurde am 5. März 1871 zu Pasewalk geboren. Zunächst besuchte ich die höhere Bürgerschule meiner Vaterstadt und siedelte von dort nach meiner Confirmation Ostern 1885 auf das Kgl. Gymnasium zu Nordhausen a/H. über. Im Sommer 1890 verliess ich diese Schule, um mich event. den Veterinär-Wissenschaften zu widmen. Da ich diesen Plan jedoch wieder aufgab, bezog ich im Herbst 1891 das Kgl. Luisen-Gymnasium zu Berlin, das ich Michaelis 1893 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Von nun an widmete ich mich dem Studium der Medizin an der Universität Greifswald, woselbst ich im W.-S. 1895/96 die medizinische Vorprüfung bestand. Am 1. April 1896 trat ich bei der 11. Comp. Inf. Rgts. Prinz Moritz von Anhalt Dessau (5. Pommersches) No. 42 ein, um meiner Wehrpflicht mit der Waffe zu genügen. Am 5. August 1897 bestand ich das Examen rigorosum.

Während meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesungen und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

Arndt, Ballowitz, Beumer, Bonnet, Busse, Grawitz, Heidenhain, Helferich, Hoffmann, Landois, Limpricht, Löffler, Mosler, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Oberbeck, Schirmer, Schulz, Solger, Sommer, Strübing, Tilmann.

Allen diesen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Die Prognose maligner Ovarialtumoren ist eine absolut infauste.

II.

Die Extirpation maligner Tumoren hat ohne Rücksicht auf die nachfolgende Plastik zu geschehen.

III.

Es ist dringend wünschenswert, dass in den Lehrerseminaren die Hygiene als Unterrichtsgegenstand eingeführt werde.